VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 56)
z dnia 21 marca 2018 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 56)

21 marca 2018 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan (WiS),** przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

– informację ministra zdrowia na temat funkcjonowania oddziałów geriatrycznych po wprowadzeniu ustawy o tzw. sieci szpitali,

– informację ministra zdrowia na temat realizacji i funkcjonowania programu bezpłatnych leków dla osób 75+.

W posiedzeniu udział wzięli: **Zbigniew Król** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Grzegorz Błażewicz** zastępca Rzecznika Praw Pacjenta wraz ze współpracownikami, **Lidia Ułanowska** dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Maciej Karaszewski** naczelnik Wydziału Świadczeń w Narodowym Funduszu Zdrowia, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, **Anna Jakrzewska-Sawińska** wiceprezes Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe”, **Kordian Kulaszewicz** prezes Fundacji Adaptacja, **Małgorzata Wilk** członek Rady Seniorów Dzielnicy Wilanów wraz ze współpracownikami, **Jerzy Domżalski** sekretarz Rady Seniorów Dzielnicy Ursus wraz ze współpracownikami, **Robert Wiśniewski** członek Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, **Krzysztof Kopeć** wiceprezes Zarządu Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, **Krystyna Żebrowska** przewodnicząca Rady Seniorów, **Stanisław Trzmiel** przedstawiciel Gnieźnieńskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, **Rafał Sapuła** i **Katarzyna Wieczorowska-Tobis** stali doradcy Komisji oraz Andżelika Werede asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska, Ewa Soroka** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dzień dobry. Otwieram 56. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Witam panie i panów posłów, panów ministrów i przedstawicieli ministerstw, a także wszystkich pozostałych gości. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat funkcjonowania oddziałów geriatrycznych po wprowadzeniu ustawy o tzw. sieci szpitali oraz rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat realizacji i funkcjonowania programu bezpłatnych leków dla osób 75+. Czy ktoś jest przeciwny wobec przyjęcia porządku dziennego? Nie słyszę. Zatem stwierdzam jego przyjęcie.

Proszę pana ministra Zbigniewa Króla, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, o przedstawienie informacji. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, odnośnie do oddziałów geriatrycznych po wprowadzeniu ustawy o tzw. sieci szpitali, chcę zwrócić uwagę, że w ramach systemu podstawowego, szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), świadczenia w profilu geriatria są realizowane przez szpitale zakwalifikowane do poziomów III stopnia szpitali ogólnopolskich oraz szpitali realizujących zadania polegające na kształceniu podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem

świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, na podstawie umowy, o której mowa w art. 89 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ponadto, zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu zabezpieczenia, szpital zakwalifikowany do poziomu szpitali I albo II stopnia, który będzie udzielał świadczeń w ramach profilu choroby wewnętrzne, w tym świadczeń możliwych do realizacji w ramach profilu geriatria, otrzyma środki finansowe na świadczenia geriatryczne w ramach profilu choroby wewnętrzne. Aktualnie w ramach PSZ świadczenia w omawianym zakresie są udzielane w 18 oddziałach szpitalnych o profilu geriatria oraz w 28 oddziałach szpitalnych, które są rozliczane przez profil choroby wewnętrzne. Daje to łącznie 46 oddziałów. Poza systemem PSZ świadczenia kontraktowane są w 8 oddziałach szpitalnych o profilu geriatria.

Odnosząc się do kwestii funkcjonowania oddziałów geriatrycznych po wprowadzeniu sieci szpitali, należy wskazać, iż jednym z celów wprowadzenia zmian w systemie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na wdrożeniu systemu podstawowego, szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, było stworzenie bardziej elastycznego mechanizmu finansowania świadczeń udzielanych w szpitalach, umożliwiającego świadczeniodawcom lepsze dostosowanie swojej działalności do aktualnych potrzeb pacjentów. Realizacji tego celu służy finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, który obejmuje wszystkie realizowane profile z zakresu leczenia szpitalnego oraz poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, bez określania wyodrębnionych kwot finansowania dla poszczególnych zakresów, jak ma to miejsce w ramach kontraktów zawieranych w trybie konkursowym. Chcę podkreślić, że brak określenia konkretnej kwoty zobowiązania płatnika w odniesieniu do danego zakresu świadczeń, objętego umową zawartą w ramach PSZ, nie oznacza, że świadczeniodawca może zaprzestać udzielania określonych świadczeń, objętych umową z NFZ. Działania takie mogą pociągać za sobą sankcje, wynikające z przepisów rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 15 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno w postaci kar umownych jak i, w skrajnych przypadkach, rozwiązania umowy ze świadczeniodawcą. Jednocześnie, omawiając przedmiotowe zagadnienie, należy dodać, że obowiązek przeprowadzenia oceny geriatrycznej istniał dotychczas i dotyczył większości szpitali. Zgodnie z § 6a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta (z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym). A zatem przedmiotowa procedura powinna być przeprowadzana w szpitalu niezależnie od faktu posiadania w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego oddziału geriatrycznego.

Przedstawiając powyższe, pragnę zapewnić, że Ministerstwo Zdrowia, w ścisłej współpracy z NFZ, monitoruje funkcjonowanie PSZ. Natomiast szczegółowa analiza i ocena poziomu realizacji świadczeń geriatrycznych w ramach ryczałtu PSZ wymaga dłuższej perspektywy czasu. Sieć szpitali zafunkcjonowała od października ubiegłego roku. Obecnie jesteśmy na etapie analizy pierwszego okresu finansowania. W drugim okresie finansowania, czyli następnej połowie roku, będziemy w stanie ocenić wpływ dostępu świadczeń opieki geriatrycznej w szpitalach. Aczkolwiek, opieka geriatryczna dotyczy nie tylko oddziałów szpitalnych, również części ambulatoryjnej opieki, a przede wszystkim, zgodnie z przyjętym dokumentem polityki senioralnej, części lokalnej pomocy społecznej.

Dziękuję, pani przewodnicząca, to wszystko w pierwszej części.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, panie ministrze. Otwieram dyskusję. Kto z państwa posłów chce zabrać głos? Bardzo proszę.

Poseł Joanna Augustynowska (PO):

Bardzo dziękuję za informację. Zabrakło mi kilku danych, mam nadzieję, że pan minister będzie mógł odpowiedzieć, gdzie mogę je znaleźć? Niewątpliwie interesują mnie cyfry

i chcę wiedzieć, ile oddziałów geriatrycznych istniało przed wprowadzeniem ustawy tzw. sieci szpitali, a ile zostało zakontraktowanych po wejściu jej w życie? To dotyczy zarówno szpitali, jak i poza szpitalnych oddziałów. Wszystkie są refundowane w ramach NFZ. Chcę się dowiedzieć, czy jest większa, czy mniejsza dostępność. Takich danych nie znalazłam w informacji. Odpowiedź warunkuje kolejne pytanie. Jeżeli sytuacja jest lepsza, należy tylko gratulować i czekać na kolejne dobre zmiany. A jeśli nie – będą kolejne pytania.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję pani poseł. Czy ktoś z państwa chce jeszcze zabrać głos? Bardzo proszę.

Przedstawiciel Gnieźnieńskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku Stanisław Trzmiel:

Nazywam się Stanisław Trzmiel. Przez 40 lat byłem zastępcą dyrektora w medycynie pracy. Mówiąc obiektywnie, stałem się prawie lekarzem, pracując codziennie z lekarzami. Mam kilka spostrzeżeń, które mnie niepokoją. Po odejściu ministra Radziwiłła jest o wiele większy bałagan. Nie chcę mówić o oddziałach geriatrycznych. Mam powyżej 75 lat. Chcę podać kilka przykładów z własnego doświadczenia, gdy poszedłem do lekarza. Zapisałem się na przeprowadzenie USG tętniaka, ale wizyta lekarska została wyznaczona za dwa lata. Jaki jest sens badania, jeśli lekarz z poradni wyznacza termin dopiero za dwa lata? Co mogę zrobić? Ci sami lekarze przyjmują pacjentów w przychodniach specjalistycznych za duże pieniądze. Nie mogę czekać z badaniem, więc idę do specjalistycznej przychodni. Wydaję duże pieniądze na dodatkowe badania. Patrząc na doświadczenie służby zdrowia, wydaje mi się, panie ministrze, że można by wprowadzić minimalną opłatę, jak w Czechach, w wysokości, np. 15 zł. Jestem przekonany, że część ludzi niepotrzebnie przychodzi i zapisuje się do kilku specjalistów. Po wprowadzeniu opłaty 3/4 pacjentów zniknie, zrobi się większa dostępność. Mówię na podstawie swojego doświadczenia. Ci ludzie nie mają dużej potrzeby zapisywania się do kilku specjalistów. Proponuję to zmienić. Nie można leczyć w taki sposób, że część badań zaczynamy wykonywać w ramach powszechnej służby zdrowia, a kończymy prywatnie. Taka jest konieczność. Wobec powyższego, jestem przekonany, że wprowadzenie minimalnej opłaty za wizytę zredukuje liczbę pacjentów, którzy niepotrzebnie przychodzą do specjalistów, co najmniej o 50%. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję. Pani doktor, bardzo proszę.

Wiceprezes Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe" Anna Jakrzewska-Sawińska:

Anna Jakrzewska-Sawińska, jestem wiceprzewodniczącą miejskiej rady seniorów, prowadzę poradnię geriatryczną, hospicjum geriatryczne i rehabilitację starszych pacjentów. Panie ministrze, nie rozumiem jednej kwestii, czy starzy pacjenci będą leczeni przez internistów na wewnętrznych oddziałach, czy w ramach oddziału wewnętrznego zostanie wydzielony oddział geriatryczny, który będzie prowadzony przez lekarzy geriatrów, pielęgniarki geriatryczne i odpowiednią liczbę specjalistów? Między oddziałem geriatrycznym a internistycznym jest bardzo duża różnica. Oddział geriatryczny ma innych pacjentów, z wielochorobowością, wielolekowością, często wymagających zupełnie innej opieki. Poza lekarzem geriatrą, który naprawdę zna się na tym, inny lekarz, np. internista sobie nie poradzi. Jestem internistą, zajmuję się również geriatrą, więc wiem, jak to wygląda. To nie jest prosta sprawa. Zupełnie inny jest oddział geriatryczny. Pacjenci na oddziałach geriatrycznych, prowadzeni przez specjalistów geriatrii, znacznie szybciej wracają do zdrowia. Obawiam się, że jeśli to będą oddziały internistyczne, pacjenci nie odniosą dużych korzyści. Nie muszę państwu mówić, kto przebywał w szpitalu geriatrycznym wie, że dla starszych ludzi jest to bardzo trudna sprawa. Nie wystarczy leczyć pacjenta, zupełnie inaczej wygląda opiekowanie się starszym człowiekiem. Dla mnie najważniejszą sprawą jest, żeby oddziałów geriatrycznych nie pozostawiać internistom. Poza tym, gdzie lekarze mają się uczyć geriatrii, jak nie na oddziałach geriatrycznych? Nie nauczą się na oddziałach internistycznych. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję pani doktor. Kto z państwa chce jeszcze zabrać głos? Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, panie ministrze, mam dwa pytania. Pierwsze dotyczy wizytacji, którą odbyła Komisja Polityki Senioralnej w ubiegłym roku w Szpitalu Wolskim. Nie jest to szpital III stopnia, ani ogólnopolski, a jednocześnie jest szpitalem, w którym od zera został stworzony oddział geriatrii. Tam również są realizowane specjalizacje dla lekarzy geriatrii. Jaki jest obecnie status tego oddziału geriatrycznego, który miał kontrakt z NFZ do końca marca br.? Czy w sytuacji, jeśli przez mazowieckie NFZ nie będzie rozpisany konkurs (może już jest), co państwo wielokrotnie obiecywali na posiedzeniu Komisji i gdy pozostanie to oddziałem internistycznym, czy będzie można realizować specjalizacje, uruchomione przez ministra? Czy w opinii pana ministra, liczba specjalizacji, która jest mniejsza niż zgłoszona przez wojewodów, nie stanowi kolejnego kroku w kierunku regresu, jeśli chodzi o rozwój geriatrii w Polsce? Jeżeli lekarze deklarują zainteresowanie tą specjalizacją, a coraz mniej się ich udostępnia, czy to nie jest jednak działanie opóźniające stan, który chcielibyśmy kiedyś osiągnąć w polskiej geriatrii? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję. Panie ministrze, proszę o udzielenie odpowiedzi na zadane pytania.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Odnośnie do pierwszego pytania, przed wprowadzeniem sieci, tj. od stycznia do września 2017 r., było 47 oddziałów świadczących usługi geriatryczne, w przeliczeniu na świadczeniodawców. Obecnie, czyli od października do końca marca, jest 54 świadczeniodawców (również włączamy w to profil chorób wewnętrznych), wykonujących usługi geriatryczne, rozliczane z NFZ. Odnośnie do organizacji systemu, minimalna opłata wprowadzona w Czechach nie przyniosła efektu, na który pan wskazywał, iż może ograniczyć liczbę osób korzystających ze świadczeń. Sądzę, że w wielu sytuacjach naszego społeczeństwa nie stać na taką opłatę, nawet kilkuzłotową. Wydaje się, że w programie, który przyjęliśmy, czyli wybudowanie kompleksowej opieki koordynowanej, są obecnie symptomy poprawy sytuacji, gdyż świadczeniodawcy są zobligowani do zrealizowania określonej diagnostyki, pan przykładowo wspomniał USG, w ramach określonego zadania. Nie powinna zdarzyć się sytuacja, że konieczność wykonania USG jest przenoszona na pacjenta, który musi znaleźć miejsce, w którym może wykonać badanie. Śledzimy takie sytuacje. Świadczeniodawcy są skłaniani do kompleksowej opieki. Tak jest przypadku większości ambulatoryjnych świadczeń. W sieci szpitali jest zasada, żeby uruchamiać opiekę ambulatoryjną z pełną diagnostyką dla chorych, którzy tego wymagają. Ta część nie odnosi się do końca, do opieki geriatrycznej. Myślę, że będziemy dyskutowali również o organizacyjnej sferze. Natomiast, nie ma tendencji do likwidacji oddziałów. Wzrost liczby świadczeniodawców realizujących usługi geriatryczne wskazuje na efekt, który planowaliśmy i chcieliśmy wykorzystać, przy okazji sieci, na oddziałach internistycznych. Niedawno prowadziłem szpital, w którym na oddziale internistycznym średnia wieku pacjentów z całego roku wynosiła 82 lata. Rzeczywiście, brakowało tam geriatrii. W tej chwili, poprzez system ryczałtowy, jest możliwość, aby geriatria pojawiła w tym oddziale i wykonywała takie świadczenia. Drugi element, który się pojawił, to zrównanie wyceny, procedur geriatrycznych do wysokości kwot internistycznych. Wiem, że jest zbyt mało. Będziemy robili re-taryfikację świadczeń internistycznych.

Jesteśmy świadomi różnicy pomiędzy opieką geriatryczną a internistyczną. Dlatego na trzecim stopniu referencyjnym wskazaliśmy geriatrię, jako miejsce, gdzie nie tylko będą wykonywane usługi, ale również realizowane procedury nabywania umiejętności, czyli szkolenia zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek, szeroko pojętej grupy opiekunów, aby jak najwięcej specjalistów mogło funkcjonować w oddziałach, gdzie przebywają chorzy lub w opiece dziennej, medycznej w ramach pilotażu. Współpracując z pomocą społeczną, również chcielibyśmy otwierać takie oddziały w większej liczbie powiatów.

Odnośnie do Szpitala Wolskiego, najprawdopodobniej umowa będzie aneksowana, czyli trudności konkursu, który ostatni raz odbywał się w 2009 r., również nas dotyka, nie dlatego, że nie mamy chęci, ale zmiana formuły funkcjonowania szpitali poprzez sieć powoduje, iż nie umiem precyzyjnie określić, czy będzie konkurs, czy nie. Najprawdopo-

dobniej będzie aneksowanie. Szpital nie jest zagrożony. Nie może być sytuacji, że szpital zostanie zamknięty lub będą likwidowane oddziały, gdy przebywają w nim chorzy i nie ma innego miejsca, w którym mogłyby być realizowane świadczenia. Liczba rezydentów będzie dostosowywana do danych historycznych. Jeżeli kiedyś było ich mniej, liczba jest obniżana. Nie umiem powiedzieć, jak wygląda obecnie sytuacja związana z geriatrią, ale jeżeli będzie więcej chętnych do zrealizowania procedury, oczywiście, również ulegnie zwiększeniu. Tak dzieje się we wszystkich specjalizacjach, nie tylko w internie, która jeszcze półtora roku temu była kierunkiem rzadko wybieranym przez młodych lekarzy, podobnie medycyna rodzinna. Podobnie jest w innych specjalizacjach. Dostosowujemy się do liczby osób chcących się specjalizować. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, panie ministrze, za udzielenie odpowiedzi. Jeszcze pan poseł chce zabrać głos.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję panu ministrowi za odpowiedź. Jednak dokładnie sprawdziłem – dzisiaj jest 21 marca, a kontrakt w zakresie świadczeń dotyczących geriatrii kończy się 30 marca, więc za 9 dni, dokładnie w czasie Świąt Wielkanocnych. Przypominam, że na oddziale, który odwiedziła nasza Komisja, odbywa się kształcenie specjalistyczne sześciu lekarzy. Jeżeli rozmawiamy o rozwoju geriatrii, sytuacje, kiedy pacjenci i kadra medyczna nie wiedzą co nastąpi za 9 dni, jest niepokojąca. Proponuję zapewnić stabilność. Jeżeli państwo mówili o celach ustawy, tzw. sieci szpitali, chodziło o określoną stabilizację. Tutaj widzimy realne niebezpieczeństwo wobec pacjentów z wielochorobowością, kadry medycznej, która jest zaniepokojona sytuacją, oraz grupy lekarzy rezydentów odbywających tam specjalizację. W związku powyższym, oczekujemy na piśmie pełnej informacji, jak wygląda sytuacja w tym szpitalu.

Poseł Joanna Augustynowska (PO):

Chcę dopytać, panie ministrze. Usłyszeliśmy miłe wiadomości, że jest więcej oddziałów, usług geriatrycznych świadczonych w szpitalach, nastąpił wzrost z 47 do 54. Dodał pan, że to są usługi geriatryczne świadczone na oddziałach internistycznych. Czy może pan podać konkretne informacje, ile jest oddziałów internistycznych wśród tych 54 i czy na pewno jest świadczona opieka geriatryczna (np. przez pielęgniarki geriatryczne), czy to jest zwykły oddział z internistami, który może dodatkowo świadczyć takie usługi? Pytanie, kto świadczy takie usługi? Potrzebuję precyzyjnej informacji.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

To są oddziały z pełną usługą geriatryczną świadczoną przez lekarzy geriatrów. Nie ma sytuacji, że pojawi się internista. Tam są geriatrzy i pielęgniarki geriatryczne.

Poseł Joanna Augustynowska (PO):

Ale rozumiem, że ….

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Chwileczkę, ja udzielam głosu, pani poseł. Proszę się zgłosić i udzielę pani głosu. Nie może być, że pani będzie dyskutowała z panem ministrem…

Poseł Joanna Augustynowska (PO):

To po co pan minister przyszedł, jeżeli nie na dyskusję?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Pani poseł, bardzo panią proszę. Pani profesor chce jeszcze zadać pytanie. Bardzo proszę.

Stały doradca Komisji Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Panie ministrze, chcę zapytać o rodzaj dodatkowej procedury, która została wdrożona, w związku z sytuacją, że na pierwszym i drugim poziomie oddziały geriatryczne inaczej funkcjonują. To zostało wprowadzone jesienią. To jest procedura „mobilnego geriatry", który konsultuje pacjenta z potrzebami geriatrycznymi na terenie całego szpitala. Mieliśmy wrażenie, że procedura będzie finansowana niezależnie. Ale tak nie jest. Ona nie została wprowadzona, nie dostrzegam miejsc, gdzie zaczęła działać. Czy mają państwo,

jako ministerstwo, dodatkowe informacje? Czy może jest za wcześniej, żeby zadawać takie pytania? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Poproszę jeszcze panią poseł, gdyż chciała zadać pytanie.

Poseł Joanna Augustynowska (PO):

Nawiązując do pytania, chciałabym dowiedzieć się, czy w opisanej sytuacji wiemy, ilu nowych geriatrów będzie się uczyło, czy rząd myśli, w jaki sposób zaktywizować i zachęcić studentów, żeby podejmowali specjalizację w zakresie geriatrii? Dzisiaj wiemy, że liczba lekarzy geriatrów oraz usług opiekuńczych – pań lub panów pielęgniarzy geriatrycznych – jest niewystarczająca w stosunku do gwałtownego wzrostu liczby seniorów i potrzeb, które musimy świadczyć. Czy dzisiaj są zaplanowane rozwiązania w tym zakresie, czy ministerstwo przygotowuje się do tego przed wrześniem (wtedy są nabory)?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Odpowiadając pani profesor, jest trochę za wcześniej, żeby to określić. To jest procedura dostępna w dofinansowaniu. Ona nie jest wykorzystywana. Mamy kłopot, ponieważ powstają oddziały i rozliczają stacjonarnego geriatrę. Myślę, że część mobilna, konsultacyjna dla innych oddziałów, będzie dotyczyła głównie szpitali powiatowych, ale na to trochę za wcześnie.

Odnośnie do przemyśleń i stymulowania, geriatria została specjalizacją priorytetową na jesieni ubiegłego roku. Priorytetowość specjalizacji powoduje, że są wyższe kwoty dla rezydentów oraz inne stymulatory, żeby jak najwięcej lekarzy pracowało. Wydaje się mi, że kwota wyceny usługi geriatrycznej, która została podniesiona, również wpływa na fakt, że specjalizacja jest bardziej atrakcyjna niż dotychczas. Najpełniej będzie to widoczne, kiedy minie okres rozliczeniowy, jeśli chodzi o sieć szpitali. Wówczas będziemy mogli obserwować zarówno pojawienie się lekarzy konsultantów, jak i ustabilizowanie oddziałów, o których wspomniał pan poseł.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Nie słyszę więcej pytań. Dziękuję, panie ministrze, za udzielenie odpowiedzi. Stwierdzam, że Komisja zapoznała się z informacją. Poproszę teraz pana ministra o przedstawienie informacji na temat realizacji i funkcjonowania programu bezpłatnych leków dla osób 75+.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Na początku chcę powiedzieć kilka słów na temat podstawowych warunków dotyczących samego programu. Zgodnie z przepisami art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej ustawą o świadczeniach, osobom po ukończeniu 75. roku życia przysługuje prawo do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w stosunku do których wydano ostateczne decyzje administracyjne o objęciu refundacją albo ostateczne decyzje zmieniające, o których mowa w art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Zatem, leki bezpłatne dla seniorów zostały wybrane z puli leków objętych zwrotem kosztów i są one refundowane w zakresie wskazań objętych procesem, który jest umieszczony w wykazie leków refundowanych.

Od 1 września 2016 r. bezpłatne leki z tzw. listy „S" przysługują wszystkim świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia. Na liście znajdują się wyłącznie leki z wykazu leków refundowanych. Jeżeli lek nie jest refundowany dla wszystkich pacjentów z daną jednostką chorobową, nie stanie się bezpłatny dla seniorów. Ponadto, leki z listy „S" są bezpłatne dla seniorów wyłącznie w zakresie wskazań, jakie zostały określone w wykazie leków refundowanych.

Od 1 września 2016 r. pacjenci mają dostęp do bezpłatnych leków (posiadających w wykazie leków 30% poziom odpłatności). Są one stosowane w leczeniu pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, chorobą niedokrwienną serca, chorobą zakrzepowo-zatorową, astmą i przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, cukrzycą, depresją i chorobami otępiennymi. Od 1 stycznia 2017 r. pacjenci 75+ mają dostęp do wszystkich bezpłatnych preparatów insulin ludzkich i analogów insulinowych. Ponadto, do wykazu dodano nowoczesne leki do stosowania w leczeniu pacjentów z objawami idiopatycznej choroby Parkinsona oraz z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Od 1 marca 2017 r. pacjenci 75+ mają dostęp do wszystkich bezpłatnych leków refundowanych, stosowanych w jaskrze, podstawowych leków stosowanych u chorych z chorobą Parkinsona oraz nowoczesnego leku stosowanego w hipercholesterolemii, która utrzymuje się, pomimo leczenia podstawowego. Od 1 maja 2017 r. do wykazu bezpłatnych leków dla seniorów wpisano leki stosowane w chorobie niedokrwiennej serca i nadciśnieniu tętniczym. Skutkiem tego, pacjenci mają rozszerzony dostęp do bezpłatnych leków ze wszystkich pięciu grup z wykazu leków refundowanych stosowanych w chorobie niedokrwiennej serca i nadciśnieniu tętniczym. Od 1 listopada 2017 r. wykaz bezpłatnych preparatów dla seniorów jest powiększony o leki stosowane w przeroście gruczołu krokowego.

Odnośnie do skutków finansowania listy bezpłatnych leków dla pacjentów powyżej 75. roku życia, przepis, o którym wcześniej wspomniałem, mówi o refundacji, obejmującej kwotę do wysokości limitu finansowania oraz dopłatę w wysokości różnicy między ceną detaliczną danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego a wysokością limitu finansowania. Środki na finansowanie tzw. projektu 75+ pochodzą z budżetu państwa. Dotacja jest przekazywana prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia przez ministra zdrowia. Minister zdrowia pokrywa koszty poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia w części gwarantującej bezpłatny dostęp dla pacjenta.

Przepis art. 7 ustawy z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, określa zaplanowane kwoty wydatków na projekt Leki 75+. Kwoty przedstawiliśmy w tabeli. W 2017 r. było zaplanowanych 564 mln zł, na obecny rok przewidywana kwota wynosi 643 mln zł.

Jaka była dotychczasowa realizacja programu? W pierwszych czterech miesiącach 2016 r. na program przewidziano kwotę 125 mln zł. Zgodnie ze złożonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia sprawozdaniem za okres wrzesień-grudzień 2016 r., kwota podlegająca rozliczeniu w wyniku finansowania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia, wynosiła łącznie 83 972 tys. zł, co daje niewykorzystaną sumę 41 000 tys. zł. Rok 2017 to pierwszy cały rok kalendarzowy funkcjonowania programu. W planie przeznaczono 564 mln zł, z czego wykorzystano 489 mln zł, czyli pozostała niewykorzystana kwota w wysokości 75 mln zł. Mamy rozliczenia miesiąc do miesiąca. Nie chcę państwu podawać tych cyfr, one znajdują się w dokumencie.

Podsumowując, należy podkreślić, że dzięki funkcjonowaniu programu bezpłatnych leków dla seniorów, pacjenci, którzy ukończyli 75. rok życia, od września 2016 r. zaoszczędzili 573 211 tys. zł. Liczba ludności w wieku powyżej 75 lat, którą na dzień 30 czerwca 2017 r. podaje GUS, wynosi 2 720 755 osób. Przeciętnie jeden obywatel zaoszczędził 210 zł. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, aktualnie przewiduje bezpłatny dostęp dla seniorów do 1656 pozycji z listy leków. Ze względu na ograniczone środki finansowe oraz konieczność monitorowania wydatków związanych z projektem, w obecnej chwili nie można sprecyzować, czy wykaz w przyszłości nadal będzie rozszerzany i w jakim stopniu. Uzależniamy to od wykorzystania dotychczasowych środków. Po pierwsze, jeśli pojawią się nowe cząsteczki w wykazie leków refundowanych. Po drugie, jeśli stopień wykorzystania środków będzie na dotychczasowym poziomie, wykaz będzie oczywiście rozszerzany. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, panie ministrze, otwieram dyskusję. Kto z państwa posłów chce zabrać głos? Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Panie ministrze, oczywiście cieszymy się z uruchomienia tego programu, natomiast niepokoją mnie wykonania za rok 2017. Jeżeli przeznaczamy środki na określony cel, czyli celowe wsparcie seniorek i seniorów w zakresie pozyskania niezbędnych leków do ich leczenia, nie może być, że zostaje niewykorzystana kwota w wysokości 75 mln zł. Miałem już wątpliwości, kiedy państwo w listopadzie, przy nowelizacji budżetowej, zdejmowali 49 mln zł przeznaczone na leki. Nie wiemy dokładnie, gdzie środki zostały przekazane, ale wiemy, że w listopadzie została zwiększona dotacja dla telewizji narodowej o 900 mln zł. Wydaje się mi, że dobry monitoring programu wykorzystania środków mógłby pozwolić na określone działanie. Jeśli w ostatnich dwóch, trzech miesiącach widzą państwo, że zostają środki i nie będą one wykorzystane w założonej wysokości, wtedy rozszerzacie listę. Mam wrażenie, że rok 2017 stanie się nauczką, że takie działanie będzie o wiele właściwsze. Wydaje się, że przy całym pozytywie programu, podsumowanie nie stanowi chluby.

Druga sprawa – rzeczywiście, została rozszerzona lista leków w roku 2018. Analizowałem nowe pozycje dotyczące leczenia choroby Alzheimera. Jaki dostrzegam problem? Osoby powyżej 75. roku życia, przebywające na długoterminowym leczeniu w zakładach opiekuńczo-leczniczych, nie korzystają z tego programu. Mimo, że są uprawnionymi osobami, mają 75 lat, zakład opiekuńczo-leczniczy, którego stawki są skandalicznie niskie, o czym wielokrotnie rozmawialiśmy na posiedzeniu Komisji, co było również przedmiotem dezyderatów, nie są beneficjentami programu 75+. Czyli zakład opiekuńczo-leczniczy musi płacić za leki jak dla pozostałych pacjentów. Co to oznacza? To oznacza, że państwo wprowadzają na listę leki lepszej jakości, nowszej generacji, a zakłady opiekuńczo-lecznicze, oszczędzając na lekach, wybierają tańsze zamienniki. To jest problem, który dostrzegam. Pytanie, czy dostrzega to również Ministerstwo Zdrowia? Czy państwo mają pomysł w tym zakresie? Jeżeli jakiś element mojej argumentacji jest do zweryfikowania, proszę o to pana ministra. Mamy wystąpienia organizacji emeryckich, między innymi Polskiego Związku Emerytów Rencistów i Inwalidów, które twierdzą, że docelowo należałoby obniżyć poziom wieku 75 lat, ponieważ wykonywane analizy pokazują, że niedostatki w dostępie do leków są również w grupach wiekowych poniżej 75. roku życia. Działania planowane są do roku 2025, jak określa ustawa, zatem, czy rozważacie obniżenie wieku, np. do 70. roku życia, aby osoby mogły skorzystać z tego programu. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, panie pośle. Czy ktoś z państwa chce zabrać głos? Bardzo proszę.

Przedstawiciel GUTW Stanisław Trzmiel:

Panie ministrze, powiedziałem, że jestem prawie lekarzem. W telewizji od rana do wieczora reklamuje się suplementy diety. Z mojej informacji wynika jednoznacznie, że praktycznie dwa suplementy są potrzebne, tj. kwasy omega-3 i witamina D, które są przydatne w okresie braku słońca. Resztę powinno się przepisywać na wniosek lekarza, jeśli uzna on, że są potrzebne. Szpikowanie się suplementami diety nie poprawia zdrowia, a nawet można je stracić. Obserwuję, że stosowanie suplemenów diety to owczy pęd. Trzeba z tym coś zrobić. Rozumiem, że telewizje mają zapewnioną reklamę od rana do późnej nocy, gdyż mówią tylko o suplementach diety. Wobec powyższego, proszę się nad tym zastanowić, gdyż naszym pacjentom nie przynoszą zdrowia, a często je rujnują.

Drugi temat. Jestem człowiekiem po ablacji i wobec powyższego, leki jakie otrzymuję, a jest ich kilkanaście, są wycenione na 100%, czyli praktycznie nie mogę korzystać z darmowych leków. Moi lekarze kardiolodzy zapisują mi leki nowej generacji, które nie podlegają rekompensacji, tylko są płatne w 100%. Mam leki, z których 28 tabletek kosztuje 140 zł. Proszę zauważyć, że dwa opakowania na miesiąc kosztują prawie 300 zł. Średnio wydaję 1000 zł po wizycie u lekarza. Coś trzeba z tym zrobić. Rozumiem, że przy wielu chorobach można zapisywać tańsze leki, ale są schorzenia wymagające nowych leków,

które pacjenci muszą zażywać. Praktycznie z darmowych leków, jako senior 75+ nie korzystam, gdyż nie mam takiej możliwości.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję. Czy ktoś z państwa chce jeszcze zabrać głos? Bardzo proszę, pani profesor.

Stały doradca Komisji Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Panie ministrze, jako przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego zgłaszaliśmy obawy odnośnie do leków 75+, że jeśli uruchomimy bezpłatną pulę leków, zwiększy się ich zużycie. To jest fakt, o którym powiedział przedmówca – błędne przekonania o konieczności brania suplementów. Nie ma konieczności brania suplementów. Jedynie udowodniono, że osoby starsze powinny na stałe brać witaminę D. Obawialiśmy się, że jeśli osoby, które przeznaczają pieniądze na leki, dostaną je bezpłatnie, zamienią leki na suplementy. W związku z tym, wpłynie to niekorzystnie na liczbę danych leków, ponieważ określona pula pieniędzy jest przeznaczona na zakupy. Nie dotyczy to osób, które mają najniższe dochody, gdyż one rzeczywiście potrzebują tych medykamentów. Ponieważ leki są dostępne dla wszystkich seniorów, może zwiększyć się zjawisko wielolekowości, a w związku z tym, ryzyko polipragmazji u osób, które budżetowo radzą sobie nieco lepiej, czyli są w stanie sfinansować codzienne leki, nie wydadzą na leki 75+. Staramy się monitorować zjawisko. Na razie nie dostrzegamy większego zużycia leków, a przynajmniej, żeby wynikało to z programu, a nie reklam telewizyjnych. Czy państwo w jakikolwiek sposób to monitorują?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, pani profesor. Bardzo proszę, panie doktorze.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Pani przewodnicząca, panie ministrze, przed wprowadzeniem ustawy o bezpłatnych lekach, około 30-40% pacjentów nie realizowało zaleceń lekarskich, nie wykupywało recept. Czy obecnie państwo dysponują danymi dotyczącymi realizacji zaleceń lekarskich, jeśli chodzi o farmakoterapię? Czy ewentualnie planowane są analizy wpływu programu bezpłatnych leków, np. na zmniejszenie hospitalizacji pacjentów w tym wieku? Dziękuję.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Jerzy Płókarz, Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Panie ministrze, powiem trochę nie na temat leków 75+, ale ponieważ temat został wywołany, nasza organizacja chce się przyłączyć do głosu dotyczącego nagminności reklam leków. Nasi lekarze sygnalizują, że pojawia się coraz więcej specyfików, które, w ich ocenie, powinny być sprzedawane na receptę. Nagle powstaje możliwość sprzedaży leków bez recepty. Dodatkowo nabija się ludziom do głowy, jakie mogą pojawić się cudowne skutki po zażyciu określonego środka. Starsza osoba nie jest w stanie przeanalizować i wyciągnąć odpowiednich wniosków, który lek będzie wchodził w kolizję z innym. De facto pojawi się podwójne działanie – dwie takie same substancje pod inną nazwą, a więc powstaje ryzyko przedawkowywania. Wydaje się nam, że należałoby przyjrzeć się temu zjawisku, czy to przypadkiem nie szkodzi zdrowiu populacji. Kiedy ludzie zaczynają szpikować się różnymi środkami, nie jest to korzystne dla zdrowia, a później trzeba ich leczyć ze środków publicznych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję. Czy ktoś jeszcze chce zabrać głos? Nie słyszę. W imieniu seniorów, chcę bardzo podziękować ministrowi zdrowia za program 75+. Spotykając się z seniorami wiem, że wielu z nich korzysta z zerowej odpłatności za leki. Czy ministerstwo wie, dlaczego 75 mln zł nie zostało wykorzystanych? Po kontaktach z seniorami wiele osób mówi, że lekarze twierdzą, iż leki, które im przepisują, nie są refundowane. Tłumaczę i mówię „proszę porozmawiać z lekarzem, może faktycznie coś się znajdzie”. Okazuje się, że po drugiej, trzeciej, czasami piątej wizycie lekarz zaczyna przepisywać refundowane leki. Według mnie to tkwi w mentalności lekarzy, z całym szacunkiem dla tego zawodu, należy ich uczulić, aby jeśli przychodzi pacjent w wieku powyżej 75 lat, mieli poczucie, iż powinni

przepisać bezpłatne leki. Jak powiedziałam, seniorzy naprawdę są za to wdzięczni. Faktycznie, w ich kieszeniach zostało prawie 574 mln zł, są to niebagatelne pieniądze. Dla wielu ludzi jest to 100 zł, ale dla innych dużo większe kwoty.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Dziękuję, pani poseł, szczególnie za podziękowanie, co rzadko się zdarza w moim resorcie. Przechodząc do odpowiedzi, oczywiście, jest problem, gdyż część leków nie jest kupowana przez ZOL. Prawdopodobnie realizowane są złe przetargi. Stawka ZOL, mimo że pan poseł określa ją jako skandaliczną, znacznie wzrosła w stosunku do ubiegłego roku. W tym roku jest drugi etap podwyżki, wyceny opieki długoterminowej. W całości środków przeznaczonych na ZOL, kwota jest również większa. Ponieważ jest to kontrakt podobny do szpitalnego, leki muszą być zabezpieczone przez te instytucje. Jeżeli nie są zabezpieczone, stanowi to podstawę do interwencji ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odnośnie do suplementów, nie do końca zgadzam się, że jest to problem osób w podeszłym wieku. Rynek suplementów w Polsce szacuje się na 4,2 mld zł. Wszyscy kupujemy na potęgę różnego rodzaju specyfiki (ja tego nie robię i mam nadzieję, że tutaj obecni również, poza witaminą D). To jest sposób wykorzystania marketingu do wyimaginowanej terapii. Musimy zdawać sobie z tego sprawę. Problem został przez nas dostrzeżony. Mamy kłopot z przezwyciężeniem liczby reklam, które są obecne w różnych mediach, nie tylko w telewizji. Rynek reklamowy ma swoje lobby. Z perspektywy ministra zdrowia bardzo ciężko przekonywać beneficjentów rynku do zmiany. Niemniej jednak, planujemy kilka elementów ograniczających sprzedaż suplementów. Jeśli chodzi o zawartość cząsteczek, które są na receptę, jest tylko jeden suplement, który identyfikujemy i próbujemy administracyjnie ograniczać. Pozostałe są preparatami różnej maści. Wszystko, co przyjdzie komuś do głowy i określi jako suplement, środek wspomagający, pojawia się w sprzedaży. Walka z tym zjawiskiem jest niesłychanie trudna. Na leki z Funduszu Zdrowia przeznaczamy 17%, tj. 12 mld zł, a 1/3 tej kwoty to suplementy diety. Do tego dochodzi pełen marketing. Możemy jedynie uczulać osoby starsze, i nie tylko, na tego typu mody.

Odnośnie do polipragmazji, leki 75+ specjalnie były ukierunkowane na lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, którego sami wybraliśmy. Taki model opieki jeszcze nie funkcjonuje w wielu miejscach i dlatego model POZ, oparty na świadomej deklaracji przynależności pacjenta do danego lekarza, chcemy bardziej upowszechnić. Wydaje mi się, że to będzie podstawowy element eliminowania polipragmacji. Konsultacja z lekarzem geriatrą przez lekarza rodzinnego lub lekarza POZ może spowodować, że będzie zdecydowanie mniej leków. Odnosząc się do uwagi pani poseł, bierzemy pod uwagę, że mamy ponad 1600 cząsteczek w obrocie darmowych leków. W naszych analizach, które są bardzo dokładne i robione na bieżąco, co miesiąc mamy zestawienie, w większości można dobrać darmowe leki dla seniorów. Z czego to wynika? Trudno powiedzieć, nie robiliśmy takich analiz. Nie chcę się wypowiadać, żeby kogokolwiek nie obrazić, szczególnie osoby korzystające z leków, ale również lekarzy, którzy je wypisują. Zapewne nasz system będzie bardziej wzmocniony i pojawi się lepsza analiza, gdy wprowadzimy receptę. To jest zadanie, które chcemy zrealizować jak najszybciej. Recepta ma dodatkowy element, że w całym zestawieniu dostępnych leków, bardzo szybko, podczas wizyty pacjenta, można wskazać leki refundowane w konkretnych wskazaniach chorobowych. Sądzę, że recepta będzie wspomagającym elementem.

Odnosząc się do niewykorzystanych środków, 49 mln zł, mogę zapewnić, że nie zostały przeznaczone na żadną telewizję. To są środki pozostające w dyspozycji ministra zdrowia. Wydajemy pieniądze na świadczenia, jeśli zostały przekazane do NFZ i tam umieszczone. Zależy nam, żeby nie korzystać nadmiernie z leków. Jeżeli pozostają środki, poszerzamy listę leków dostępnych do refundacji, biorąc pod uwagę również preskrypcję, które leki są przepisywane przez lekarzy dla osób w podeszłym wieku, a które nie są jeszcze w obrocie.

Jeśli chodzi o refundację, nie tylko Ministerstwo Zdrowia, ale firma wprowadzająca cząsteczkę do obrotu, musi wystąpić z wnioskiem refundacyjnym. Jak powiedziałem

na początku, leki, które mają przynajmniej 30% refundację, wchodzą do tej puli. Jeżeli producent lub dystrybutor nie wystąpi z takim wnioskiem, nie będzie danego leku. Polski rynek farmaceutyczny jest trudny z tej perspektywy i nowe cząsteczki muszą zafunkcjonować na rynku, zarobić określoną pulę, żeby firmie opłacało się wprowadzić cząsteczkę. Ale oczywiście tutaj też stymulujemy, nie jest tak, że zostawiamy tzw. niewidzialnej ręce rynku. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, panie ministrze, za obszerną wypowiedź. Stwierdzam, że Komisja zapoznała się z informacją. Cieszę się, że wspólnie potrafiliśmy, mimo trudnych tematów, połączyć seniorów. Seniorzy byli ponad polityką, z małym „ale". Bardzo dziękuję panu ministrowi. Wyczerpaliśmy porządek dzienny. Zamykam dyskusję i posiedzenie Komisji.